

2. У серопозитивных беременных выше частота осложнений беременности ($p=0,0007$). Среди осложнений беременности наиболее часто выявлялись: угрожающий самопроизвольный выкидыш (38%), угрожающие преждевременные роды (22%), многоводие (12%), хроническая гипоксия плода (11%), задержка развития плода (8%) и другие (9%). Выше частота преждевременных родов $p=0,00014$.

Литература:

1. Смирнова, А.И. Лабораторная диагностика цитомегаловирусной инфекции / А.И. Смирнова, Е.В. Россихина, Е.П. Колеватых // Вят. мед. вестн. – 2010. – № 3.
2. Шахгильдян, В.И. Диагностика и лечение цитомегаловирусной инфекции у беременных и новорожденных / В.И. Шахгильдян // Неонатология: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 3. – С. 70-82.
3. Кравченко, Л.В. Показатели противовирусного иммунитета у новорожденных с цитомегаловирусной инфекцией в случаях позднего обнаружения ДНК цитомегаловируса / Л.В. Кравченко // Детские инфекции. – 2018. – № 17 (3). – С. 34-37.
4. Chung, Mi Hae. TORCH (toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, and herpes simplex virus) screening of small for gestational age and intrauterine growth restricted neonates: efficacy study in a single institute in Korea / Mi Hae Chung, Chan Ok Shin, Juyoung Lee // Korean J Pediatr. – 2018. – № 61(4). – P. 114-20.

УДК 616.379-008.64+616.43]-053.2

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И МУКОВИСЦИДОЗ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Семёнова О.В.,¹ Горлина И.В.²

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»

²УЗ «Витебский детский областной клинический центр»

Введение. Первые случаи сахарного диабета, ассоциированного с муковисцидозом, зафиксированы у детей в возрасте 13 и 14 лет в 1955 году H.Schwachmann. В настоящее время муковисцидоззависимый сахарный диабет признан ВОЗ как отдельная нозология (диабет III типа) и является одним из частых осложнений муковисцидоза. У детей в возрасте от 2 месяцев до 18 лет встречается в среднем у 1-9% пациентов, частота нарастает к подростковому возрасту и составляет 20%. Чаще болеют лица женского пола. В основе патологии – нарушение структуры островков Лангерганса за счет фиброза и жирового перерождения поджелудочной железы и инсулинорезистентность из-за повышенного уровня кортизола. За 2-3 года до манифестации диабета у пациентов с муковисцидозом ухудшаются показатели нутритивного статуса и дыхательной функции. Лабораторные данные включают особенности: нередко отсутствие кетоацидоза, гиперлипидемии, снижение общего белка, тромбоцитов и факторов свертывания крови [1, 2, 3].

Целью настоящей работы явилось описание клинического случая сахарного диабета у ребенка 8 лет с муковисцидозом.

Девочка Т, 8 лет, поступила в стационар с сахарным диабетом в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что 4 месяца назад перестала прибавлять в весе, похудела на 3 кг. Отмечались полиурия и жажда, хотя мать отмечает что девочка много пила и мочилась с рождения. 2 недели назад лечили ОРЗ амбулаторно, на фоне чего утром мать не смогла разбудить ребенка, девочка тяжело дышала, в связи с чем вызвали скорую помощь и доставили ребенка в реанимацию.

При поступлении состояние тяжелое: заторможена, выражена слабость, самостоятельно передвигаться не может, дыхание Куссмауля. Менингеальных знаков нет. Артериальное давление 86/66 мм.рт.ст. Кожные покровы и слизистые сухие. При аускультации легких хрипы не прослушиваются, тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот – пастозность брюшной стенки, сглаженность пупка. При пальпации живот безболезненный, печень у края реберной дуги,

селезенка не пальпируется. Мочится достаточно. Стул горохом, нерегулярный, с перерывами до 2 недель.

Общий анализ крови: эритроциты $3,78 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 121 г/л, цветной показатель 0,96, лейкоциты $28,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные 14%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 11%, моноциты 14%, тромбоциты 186%, СОЭ 20 мм/час. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, кислая, плотность 1014, белок 0,156 г/л, сахар 84,9 ммоль/л, эпителий 1-2 в поле зрения, лейкоциты в большом количестве, эритроциты 12-13 в поле зрения, ацетон ++. Копроцитограмма: цвет коричневый, консистенция кашицеобразная, мышечные волокна ++, жирные кислоты +, нейтральный жир ++, непереваренная клетчатка +, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 5,6 мкмоль/л, прямой билирубин 1,0 мкмоль/л, сахар 28 ммоль/л, мочевины 16 ммоль/л, альбумин 30 г/л, альфа-амилаза 1707 ед/л, СРБ отрицательный, холестерин 3,64 ммоль/л, АЛТ 26,4 ед/л, АСТ 80 ед/л, ГГТП 13,3 ЕД/л, калий 4,5 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, кальций ионизированный 1,43 ммоль/л. рН крови 7,23. Гликированный гемоглобин 13,8%. Микроальбуминурия 37 г/л. Учитывая высокие значения мочевины, отеки, для оценки повреждения почек определяли цистатин С – 1,05 (норма). Посев кашлевого мазка показал рост *Streptococcus viridans* и *Klebsiella pneumonia*.

ЭКГ без патологии. Рентгенограмма грудной клетки – усилен сосудистый рисунок, корни неструктурны. Рентгенограмма черепа – затемнение правой гайморовой пазухи. УЗИ органов брюшной полости – выявлена свободная жидкость в брюшной полости.

В связи с подозрением на муковисцидоз проведена потовая проба – результат 83 ммоль/л экв NaCl, назначена консультация генетика, молекулярно-генетическое обследование и проведение потовой пробы в динамике.

Диагноз: Сахарный диабет 1 тип, впервые выявленный, стадия клинικο-метаболической декомпенсации, кетоацидоз II. Состояние после диабетической прекомы, почечный вариант. Миокардиодистрофия, ФОО, митральная регургитация 1 степени, НКо. Белково-энергетическая недостаточность: гипотрофия 1 степен., Гиперамилаземия, трансаминаземия. Острый бронхит, ДНо. Правосторонний гайморит.

Лечение: антибактериальная терапия (цефотаксим, метронидазол), мочегонные (лазикс). Учитывая гиперамилаземию – квамател внутривенно. В связи с азотемией – хофитол. Для нормализации кишечной флоры – диалакт. Инфузионная терапия проводилась с целью дезинтоксикации и регидратации из расчета 20-30 мл/кг (физиологический раствор, после снижения глюкозы крови – 5% глюкоза в соотношении 1:1). Учитывая трансаминаземию назначен урсокапс. Инсулинотерапия проводилась из расчета инсулина 0,8 ед/кг/сут.

Выводы. Наличие белково-энергетической недостаточности, (гипотрофии), бронхолегочный процесс, запоры, нейтральный жир и жирные кислоты в копрограмме, положительные результаты потового теста (83 ммоль/л экв NaCl) позволили поставить диагноз муковисцидоз и назначить молекулярно-генетическое обследование и потовую пробу в динамике.

Литература:

1. Сочетание муковисцидоза и сахарного диабета 1 типа у ребенка раннего возраста / Е.Г. Кондюрина [и др.] // Вестн. молодого ученого. – 2014. – № 1-2. – С. 47-50.
2. Кондратьева, Е.И. Национальный консенсус «Муковисцидоз: определение, диагностические критерии, терапия» / Е.И. Кондратьева, И.Ю. Каширская, Н.И. Капранов. – М., 2016. – С. 148-155.
3. Клиническое наблюдение муковисцидоза и сахарного диабета у подростка / А.С. Сенаторова [и др.] // Укр. журн. детской эндокринологии. – 2018. – № 1 (25). – С. 61–63.